|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Список изменяющих документов  (в ред. [приказа](consultantplus://offline/ref=9DAD49422FF67237A8122D7EF5BB5BABB0907932364BBB9CA3AFB340B990280CD90D685DABD776BB7E69DEBB30958D325C3B1771A1E0CD42D891B6I1S4D) Минсоцразвития Новосибирской области  от 12.01.2016 N 1,  приказов Минтруда и соцразвития Новосибирской области  от 13.08.2018 [N 895](consultantplus://offline/ref=9DAD49422FF67237A8122D7EF5BB5BABB09079323F4CBF9FA0A5EE4AB1C9240EDE02374AAC9E7ABA7E6BD6B33ECA88274D631875B9FECC5DC493B414I7S0D), от 18.09.2020 [N 794](consultantplus://offline/ref=9DAD49422FF67237A8122D7EF5BB5BABB09079323F4EBC9EA9A0EE4AB1C9240EDE02374AAC9E7ABA7E6BD7B43ECA88274D631875B9FECC5DC493B414I7S0D), от 27.07.2021 [N 645](consultantplus://offline/ref=9DAD49422FF67237A8122D7EF5BB5BABB09079323F49BF9DA8ACEE4AB1C9240EDE02374AAC9E7ABA7E6BD6B33FCA88274D631875B9FECC5DC493B414I7S0D)) |  |

(наименование территориального органа министерства

труда и социального развития Новосибирской области)

ЗАЯВЛЕНИЕ

ОБ УСТАНОВЛЕНИИ ЕЖЕМЕСЯЧНОЙ ДЕНЕЖНОЙ ВЫПЛАТЫ

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии))

1. Адрес места жительства (места пребывания), страховой номер

индивидуального лицевого счета (СНИЛС):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указывается почтовый адрес места жительства (места пребывания),

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС))

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование документа, удостоверяющего личность |  | Дата выдачи |  |
| Номер документа |  | Дата рождения |  |
| Кем, когда выдан |  | Место рождения |  |

2. Сведения об уполномоченном представителе недееспособного лица:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии))

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(почтовый адрес места жительства (места пребывания),

страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), телефон)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование документа, удостоверяющего личность уполномоченного представителя |  | Дата выдачи |  |
| Номер документа |  | Дата рождения |  |
| Кем выдан |  | Место рождения |  |
| Наименование документа, подтверждающего полномочия уполномоченного представителя |  | | |
| Номер документа |  | Дата выдачи |  |
| Кем выдан |  |

Для граждан, в отношении которых установлены опека или попечительство,

дополнительно указываются реквизиты отдельного номинального счета,

открываемого опекуном в соответствии со [статьей 37](consultantplus://offline/ref=9DAD49422FF67237A8123373E3D705A2BD9B25393B48B5CEFDF0E81DEE99225B9E42311FEFDA75BB796083E37F94D1740F281576A1E2CC5EIDS8D) и [главой 45](consultantplus://offline/ref=9DAD49422FF67237A8123373E3D705A2BA9C203F3C48B5CEFDF0E81DEE99225B9E42311FEFDB72B2766083E37F94D1740F281576A1E2CC5EIDS8D) Гражданского

кодекса Российской Федерации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Прошу установить мне ежемесячную денежную выплату по категории

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать категорию лица, имеющего право на ежемесячную денежную выплату)

и перечислять на п/о \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ с/к \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

р/с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Данные, указанные в заявлении, соответствуют документу, удостоверяющему личность | Подпись специалиста |
|  |

К заявлению прилагаю следующие документы:

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Обязуюсь безотлагательно сообщать об обстоятельствах, влияющих на

изменение размера ежемесячной денежной выплаты, а также об обстоятельствах,

влекущих прекращение ежемесячной денежной выплаты.

С 01.01.20\_\_\_ прошу заменить меры социальной поддержки денежными

выплатами (отметить нужное):

┌─┐

└─┘ - по обеспечению лекарственными средствами

(для лиц, подвергшихся политическим репрессиям и признанных

реабилитированными;

лиц, признанных пострадавшими от политических репрессий;

лиц, проработавших в тылу в период с 22 июня 1941 года по 9 мая

1945 года не менее шести месяцев, исключая период работы на временно

оккупированных территориях СССР, либо награжденных орденами или

медалями СССР за самоотверженный труд в период Великой Отечественной

войны);

┌─┐

└─┘ - по проезду на железнодорожном транспорте пригородного сообщения

(для лиц, подвергшихся политическим репрессиям и признанных

реабилитированными;

лиц, признанных пострадавшими от политических репрессий;

лиц, проработавших в тылу в период с 22 июня 1941 года по 9 мая

1945 года не менее шести месяцев, исключая период работы на временно

оккупированных территориях СССР, либо награжденных орденами или

медалями СССР за самоотверженный труд в период Великой Отечественной

войны;

для ветеранов труда, а также граждан, приравненных к ним по состоянию

на 31 декабря 2004 года;

ветеранов труда Новосибирской области)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата) (подпись заявителя)